

WYZWANIA DLA RODZIN ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD CHORYM LUB STARSZYM BLISKIM

Opieka i troska w rodzinie

Liczne studia koncentrujące się na przemianach, jakie dokonały się na przestrzeni ostatniego wieku w rodzinie i w systemie życia rodzinnego, a także analizujące przeobrażenia rodziny pod wpływem określonych zmian społeczno-politycznych (Warzywoda-Kruszyńska 2004; Kwak 2005), jakby na uboczu pozostawiają znaczenie tradycyjnej funkcji rodziny, związanej z opieką i zabezpieczeniem potrzeb życiowych chorych lub starszych członków rodziny.

Wiele dokonujących się przemian zmierza do dania szansy osiągnięcia szczęścia i sukcesu życiowego poszczególnym członkom rodziny, co może pozostawiać w sprzeczności z koniecznością podjęcia długofalowych działań na rzecz innych bliskich osób. Nasuwa się zatem pytanie: czy zawsze relacje wewnątrzrodzinne mogą być nastawione wyłącznie na samorealizację i osiągnięcie satysfakcji życiowej, czy też specyficzne uwarunkowania rodzinne wymuszają niejednokrotnie rezygnację z własnych planów, aby oddać swój czas czy wręcz (używając niemodnego słowa) „poświęcić się” lub „siebie” dla bliskich osób? Ale zaraz może zostać postawiony kontrargument – czy bliscy mają prawo żądać wzajemnie od siebie takich poświęceń? Pomijając kwestie związane z macierzyństwem i pełnieniem ról rodzicielskich, w artykule tym przedstawione zostaną różne aspekty zapewnienia opieki i wejścia w rolę (często nieplanowaną) opiekunek/opiekunów wobec najbliższych krewnych, w sytuacjach różnych uwarunkowań rodzinnych. Tak właśnie bywa, kiedy cała rodzina lub jedna z osób (zwykle kobieta) w zderzeniu się z chorobą, szczególnie przewlekłą lub z niepełnosprawnością, podejmuje wysiłek lub poświęca swój czas funkcji opiekuńczej.

W rozważaniach feministycznych opiekę traktuje się jako nieodpłatną pracę kobiet na rzecz rodziny. Daniel Engster definiuje opiekę jako „pewną formę pracy reprodukcyjnej, która realizuje trzy cele niezbędne, by jednostka mogła przeżyć i rozwijać się, a społeczeństwo mogło się reprodukować” (Engster 2009, s. 12). Zalicza do nich opiekę nad innymi, związaną z pomocą w zaspokojeniu podstawowych potrzeb biologicznych, niezbędnych jednostce do funkcjonowania i przeżycia. Drugim celem

opieki według Engstera jest pomaganie innym między innymi w rozwoju i podtrzymywaniu podstawowych możliwości emocjonalnych, ruchowych, percepcji zmysłowej, rozumienia, wyobraźni i przynależności do grupy, natomiast trzecim celem jest pomoc jednostce w uśmierzaniu lub unikaniu bólu, tak aby mogła lepiej radzić sobie w życiu. Opieka zwykle jest definiowana jako działanie nakierowane na innych, ale opieka skierowana na siebie powinna dotyczyć także osób udzielających pomocy innym (ibidem).

Anna Titkow (2007), podejmując wątek opieki i troski kobiet o bliskie osoby, wskazała, że badane w 2002 roku kobiety rozumiały opiekę jako formę ekspresji emocji i traktowały ją jako sens życia, zatem postrzegały opiekę nad bliskimi przede wszystkim jako synonim emocjonalnego wymiaru relacji rodzinnych, natomiast mężczyźni – jako „budowanie szeroko rozumianego bezpieczeństwa” (ibidem).

Model opieki w kontekście teoretyczno-prawnym zakłada, że celem opieki jest podejmowanie czynności opiekuńczych. W odniesieniu do osób chorych i niepełnosprawnych, które z racji stanu zdrowia są niesamodzielne, czynności opiekuńcze muszą być podejmowane, gdyż często te osoby – bez względu na wiek czy też płeć – nie są w stanie samodzielnie zaspokoić nawet podstawowych potrzeb, a czynności opiekuńcze są warunkiem ich przeżycia.

Teoretyczne rozważania nad definicjami opieki i działań opiekuńczych koncentrują się przede wszystkim wokół pytania, kto powinien być przedmiotem działań opiekuńczych.

Obowiązek opieki wynika z zależności ludzi od siebie, a w psychologicznych motywacjach pełnienia opieki wskazuje się moralne źródło tego obowiązku. Jakkolwiek Engster mniej interesuje się opieką udzielaną innym „z racji więzi emocjonalnych, miłości, czy współodczuwania, czy z powodu postrzegania własnego dobrostanu jako zależnego od dobrostanu innych”, to zgodnie z teorią obowiązku jako etyki opieki (Kittay 2001; Clement 1996) w przypadku opieki okazywanej członkom rodziny te właśnie względy decydują o odczuwanym obowiązku.

Lawton i współpracownicy opracowali dwuczynnikowy model oceniania opieki i psychologicznego dobrostanu z perspektywy pełniącego rolę – udzielającego wsparcia i z pozycji roli – otrzymującego wsparcie. Proces udzielania opieki wywiera znaczący wpływ na obie strony, to jest zarówno na opiekunkę/opiekuna, jak i na osobę otrzymującą opiekę. W ocenianiu procesu opiekowania się Lawton i współpracownicy (1991) odwołali się do teorii stresu.

Titkow (2007), analizując trendy w hierarchii wartości prezentowanych przez Polaków, wskazuje na niestabnącą wysoką pozycję rodziny: cechą najczęściej wybraną było udane życie małżeńskie i osobiste (76,7%), a wartość ta była wysoko ceniona zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn; drugą wysoko cenioną wartością było posiadanie i wychowywanie dzieci (70,6%), jakkolwiek badane kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na posiadanie dziecka jako najważniejszej wartości w życiu.

Szacując zdrowie rodziny, wśród elementów tworzących zasoby psychospołeczne, warunkujące wypełnianie funkcji opiekuńczych, Zbigniew Woźniak (2004) wyróżnia: czynniki związane ze zdrowiem somatycznym członków rodziny: wiek, korzystanie z zasobów systemu opieki zdrowotnej, przeszłe i aktualne problemy zdrowotne, poziom sprawności psychofizycznej i społecznej; czynniki związane ze zdrowiem psychicznym członków rodziny: poczucie kontroli nad własnym życiem, zdolność i umiejętność rozwiązywania problemów, poziom zaspokojenia potrzeb psychicznych, przeszłe i aktualne zaburzenia psychiczne oraz sprawność psychospołeczną; czynniki społeczno-kulturowe: tradycje i zwyczaje rodzinne, styl życia; religię, dominujące postawy (opinie, poglądy) i zachowania związane ze zdrowiem i chorobą; czynniki socjoekonomiczne: zasoby materialne i poziom zaspokojenia potrzeb; dynamikę rodziny: interakcje wewnątrzrodzinne i w szerszym kręgu rodzinnym, wymianę społeczną; czynniki środowiskowe: czynniki ryzyka w otoczeniu, postawy społeczności wobec rodziny, otoczenie instytucjonalne i dostępność wsparcia, jakość środowiska naturalnego.

Bezpieczeństwo socjalno-zdrowotne rodziny jest zdaniem Woźniaka wypadkową złożonych zasobów, do których zalicza on: zasoby ludzkie (liczba, jakość, stan zdrowia członków), materialne, strukturalne (rodzina mała-duża, pełna-niepełna, konfiguracje stosunków rodzinnych), funkcjonalne (podział ról wewnątrzrodzinnych), zdolności adaptacyjne (wzory radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, odporność na kryzys); potencjał leżący poza systemem rodzinnym w postaci: zasięgu i sieci powiązań społecznych, zaplecze instytucjonalne, system zabezpieczeń społecznych oraz inne systemy wsparcia społecznego, system umożliwiający szybkie uruchamianie zasobów pozarodzinnych (ibidem).

Stereotypy genderowe w odniesieniu do sprawowania opieki w wieku starszym pokazują, że praca związana z funkcjami opiekuńczymi sprawowanymi przez mężczyzn jest traktowana jako zachowanie dewiacyjne, podczas gdy te same funkcje pełnione przez kobiety postrzegane są jako norma (Calasanti 2003). Utrzymuje się przekonanie, że prace opiekuńcze są tak dobrze wykonywane przez kobiety, że mężczyźni nie są w stanie im w tym dorównać. Środowiska feministyczne od lat alarmują, że podobnie jak nieodpłatna praca domowa, również usługi opiekuńcze nie tylko są niewidoczne, ale także niedoceniane, szczególnie w odniesieniu do opieki nad osobami starszymi. Ponieważ nadal to głównie kobiety są zaangażowane w opiekę nad osobami starszymi, ich działania są traktowane jako standard w porównaniu do wywiązywania się z tych zadań przez mężczyzn. Badania pokazują, że pełnienie roli opiekuna przez mężczyznę jest zależne od relacji łączących go z kobietami w rodzinie, czyli od aktywności podejmowanych przez żonę i córki. Kobiety poświęcają więcej czasu na czynności związane z opieką i odznaczają się wyższym stopniem odpowiedzialności za te działania. Świadomość sprawowania opieki wiąże się z decyzją wejścia w związek lub przebywania w związku z chorym przewlekłe, co znacząco wpływa na jakość życia osoby towarzyszącej choremu lub chorej.

Omawiając przemiany rodzinnych ról kobiecych w okresie transformacji, Anna Kotlarska-Michalska (2004) wskazała, że nadal kobiety częściej niż mężczyźni pełnią zadania związane z funkcją opiekuńczo-zabezpieczającą w stosunku do dzieci i osób wymagających opieki i pomocy.

Jenny Hislop i Sara Arber (2003), opisując relację międzyludzką wynikającą ze sprawowania opieki przez kobietę nad starszym mężczyzną, zwracają uwagę, że opieka jest utożsamiana nie tylko z fizyczną pracą i emocjonalnym zaangażowaniem, ale także zmienia relacje pomiędzy małżonkami.

Jakby potwierdzeniem przekonania o predyspozycjach kobiet do funkcji opiekuńczych są społeczne obrazy kobiet (Miluska 2008), wskazujące na pozytywne cechy typowej kobiety, takie jak pracowitość, zaradność, obowiązkowość, inteligencja i mądrość. Do atrybutów kobiety respondenci badani przez Jolantę Miluską zaliczali aktywność, samodzielność, przedsiębiorczość; tylko co ósmy badany wskazywał na kobietę jako osobę bierną, zależną od innych i bezradną. Do cech moralnych kobiet zaliczano kulturalność, uczciwość, łagodność, postępowość i tolerancyjność. Natomiast do cech osobowości charakteryzujących kobiety – uczciwość, bycie osobą przyjazną, życzliwość, odpowiedzialność. Ten obraz w pełni koresponduje z wyobrażeniem o idealnych predyspozycjach do roli opiekunki, tym bardziej że cnoty opiekuńcze to uważność, komunikatywna wrażliwość, szacunek (inni są godni uwagi i okazania im wrażliwości), są w stanie rozumieć i wyrazić swoje potrzeby (Engster 2009).

Opiekunka powinna w pełni rozumieć potrzeby chorego, zarówno fizyczne, jak i psychiczne (walkę ze stresem, walkę z bólem, napięciami, depresją, ograniczeniami w codziennej aktywności, zaburzeniami w funkcjonowaniu ciała, zmianie w wyglądzie zewnętrznym, rezygnacją z pracy, ograniczeniami w pełnionych rolach).

Badania nad jakością życia opiekunek/opiekunów rodzinnych osób z chorobami przewlekłymi pokazują, że taka opieka, aby mogła być realizowana w środowisku domowym, wymaga wsparcia społecznego i profesjonalnego. Okazuje się jednak, że w konsekwencji udzielania opieki fizyczny i psychiczny stan zdrowia samych osób świadczących opiekę wymaga niejednokrotnie interwencji. Badania pokazują, że brak czasu na odpoczynek, brak snu lub niska jakość snu, zmęczenie, niezwracanie uwagi na własny stan zdrowia, to cechy charakteryzujące wiele opiekunek i opiekunów domowych. Cierpienie z powodu „cierpienia” bliskiej osoby, wypalenie, depresja, złość, lęk, napięcia – to zdefiniowane konsekwencje udzielania opieki, obserwowane u opiekunek/opiekunów. Do konsekwencji opieki można także zaliczyć bezpośrednio i pośrednio koszty finansowe nie tylko leczenia, a także wynikające z faktu, że często opiekunki/opiekunowie muszą zrezygnować z własnej pracy zawodowej lub ograniczyć godziny pracy, co niejednokrotnie prowadzi do obniżenia dochodu rodziny, a także rzutować może na poczucie niezadowolenia z życia, z racji wyrzeczenia się własnej kariery zawodowej lub towarzyskiej (Boling *et al.* 2003).

Liczne dane jednoznacznie dowodzą, że pewne choroby przewlekłe mają znaczący wpływ na zdrowie całej rodziny, szczególnie gdy życie rodzinne jest podpo-

rządkowane konieczności udzielania pomocy i opieki; to zapotrzebowanie na opiekę może pojawić się w różnych okresach życia współmałżonków, ale także w różnych stadiach funkcjonowania rodziny (Sales 2003). Zmiany w wielkości rodziny i rozproszenie geograficzne członków rodziny są poważnym wyzwaniem w przypadku konieczności zmierzenia się z poważną chorobą i warunkują możliwości udzielenia pomocy.

Badania nad opieką prowadzoną przez rodziny nad chorymi ze schizofrenią, chorobami mózgu i układu oddechowego pokazują ciężar obciążeń, jakie ponoszą członkowie rodziny z tego tytułu (Magliano *et al.* 2005), ale także dowodzą roli bliskich w procesie adaptacji chorego do choroby. Uważa się, że zarówno zdrowotne, jak i społeczne konsekwencje różnych zaburzeń somatycznych i psychicznych mogą być w istotny sposób „łagodzone” dzięki opiece rodziny. Wsparcie, które otrzymują chorzy od rodziny, zależy od relacji osoby chorej z krewną/krewnym podejmującą/podejmującym się tej opieki, postawy rodziny wobec chorego i wyrażanych z tej przyczyny emocji, a także jest zależne od profesjonalnego i społecznego wsparcia, jakie rodzina otrzymuje od otoczenia. W przypadku wielu chorób chorzy doświadczają „zamknięcia w domu” i zerwania dawnych więzi ze środowiskiem zewnętrznym, a rodzina staje się jedynym źródłem interakcji społecznych. Badania przeprowadzone wśród 709 krewnych chorych ze schizofrenią pokazały, że opieka nad bliskim cierpiącym na to zaburzenie psychiczne wiązała się z zaburzeniem życia rodzinnego, aktywności społecznej i poczuciem utraty własnych zainteresowań oraz z trudnościami z wyjazdem na urlop; również w grupie 646 krewnych opiekujących się chorymi z zaburzeniami somatycznymi odczucia dotyczące zaburzeń życia rodzinnego i własnej aktywności społecznej były podobne (*ibidem*).

Badania nad osobami niepełnosprawnymi w Polsce przeprowadzone przez Antoninę Ostrowską (2001) pokazały niezmiernie niski udział pomocy profesjonalnej w zapewnieniu osobom niepełnosprawnym podstawowych czynności związanych z osobistą higieną i pracami domowymi, co oznacza, że rola rodziny jest nie tylko dominująca, ale wielokrotnie jest jedynym źródłem pomocy osobom niepełnosprawnym w organizowaniu codziennego życia. Ostrowska zwraca jednak uwagę, że ta pomoc ze strony rodziny może prowadzić do „ubezwłasnowolnienia” i zaniku samodzielnego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Sami niepełnosprawni podkreślali gotowość niesienia pomocy przez swoje rodziny w stopniu wystarczającym (64%) lub raczej wystarczającym (28%), podobnie pozytywnie oceniali zrozumienie przez rodziny ich potrzeb (w sposób wystarczający – 57,6% odpowiedzi; raczej wystarczający – 32%) a także czas poświęcany im przez rodziny (wystarczający – 52%, raczej wystarczający – 34,4%). Nieco niżej ocenione zostały umiejętności rodziny w zapewnieniu niezbędnej pomocy; 46% niepełnosprawnych uznało je za wystarczające, a tyle samo (46%) za raczej wystarczające (Ostrowska *et al.* 2001).

Badania wskazują (obok negatywnych) również na pozytywne aspekty udzielania opieki, czyli na:

1. pozytywne emocje (okazywanie pozytywnych uczuć, poczucie bycia osobą potrzebną, chęć sprostania zadaniom; opieka to cel życia, wyzwanie, sprawdzenie się w trudnej sytuacji, podniesienie poczucia własnej wartości);
2. poczucie tożsamości, włączenia w grupę rodzinną – poprawę samopoczucia („robią coś dobrego”);
3. poczucie satysfakcji;
4. poprawę relacji społecznych pomiędzy osobą sprawującą opiekę a osobą chorą;
5. pozytywne – negatywne doświadczenia w tym samym momencie opieki (zmęczenie przynoszące satysfakcję).

Rola rodziny w opiece nad chorym dzieckiem

Decyzja dotycząca opieki nad małym dzieckiem zawsze prowadzi, według Diane Eyer (2003), do konieczności wyboru pomiędzy pozostaniem w domu a kontynuacją pracy zawodowej (a w konsekwencji – do dychotomicznego podziału na „dzieci wychowane w domu i dzieci wychowywane w żłobkach”).

Nasuwa się pytanie: czy opiekuńczość wobec dzieci zawsze zdaje egzamin w sytuacji urodzenia się dziecka chorego, niepełnosprawnego, wymagającego „podwojenia czy nawet potrojenia” funkcji opiekuńczych ze strony rodziców?

Świadoma bezdzietność małżeńska nie znajduje zrozumienia w społeczeństwie polskim – oczekuje się, że małżonkowie będą mieli dzieci (Titkow 2007) – jednak te oczekiwania mogą być zakłócone w sytuacji urodzenia się w rodzinie dziecka z dziedziczną chorobą genetyczną i pojawiającym się w takim przypadku pytaniem o dalsze plany prokreacyjne rodziny.

Ostatnie dekady przyniosły wzrost zainteresowania badaczy stanem zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców – opiekunów dzieci chorych na nowotwory lub rzadkie genetyczne choroby, jak na przykład mukowiscydoza. Opieka nad takimi dziećmi polega na zorganizowaniu „szpitala w domu” („Hospital at Home”) i przygotowaniu rodziców do roli opiekunów chorego, czyli do profesjonalnych zadań związanych z zapewnieniem wszystkich niezbędnych działań, tak aby dziecko mogło przeżyć i funkcjonować (Wilkinson 1987; Lowton 2002; Szyndler *et al.* 2005).

Według Penelopy Leach (2003) opieka nad dzieckiem zdrowym jest możliwa do zorganizowania przez matkę aktywną zawodowo, gdyż jej obecność przez cały czas nie jest niezbędna, a włączenie do czynności opiekuńczych innych krewnych może nawet pozytywnie wpłynąć na dziecko, natomiast w przypadku dzieci chorych obecność matki na co dzień okazuje się niezbędna (jej wrażliwość na ból, dolegliwości dziecka), a także z racji faktu, że często chore dziecko nie może być oddawane do żłobka lub przedszkola.

Posiadanie przewlekle chorego dziecka jest traumatycznym doświadczeniem dla rodziny.

Dokonując przeglądu badań nad rolą rodziców w opiece nad przewlekle chorymi dziećmi, Jean S. Coffey (2006) wskazała na stres wynikający z urodzenia dziecka chorego lub zdiagnozowania poważnej choroby przewlekłej we wczesnym dzieciństwie, który dobrze ilustrują przytoczone cytaty: *Pamiętam, jak syn się urodził (dziecko z rozszczepem kręgosłupa), i nie pokazali mi go, i nie było żadnego dźwięku, żadnego płaczu, i zapytałam, czy wszystko jest w porządku z moim synem.*

Inny cytat, również pochodzący od matki dziecka z tą samą wadą, pokazuje, jak trudno odpowiadać na pytania zadawane przez chore dziecko w przeddzień urodzin – *czy jak będę mieć cztery, pięć, czy sześć lat, to czy będę chodzić?*

Wszystkie badania jednoznacznie potwierdzają stres rodziców związany z posiadaniem przewlekle chorego dziecka – wymagającego długoterminowej opieki i specjalnej troski – rodzice chcą za wszelką cenę pomóc mu zaadaptować się do sytuacji życiowej, wynikającej ze zmienionych warunków zdrowotnych. Badania nad radzeniem sobie z przewlekłą chorobą dziecka uwidaczniają, że dominującym uczuciem jest martwienie się rodziców o przyszłość dziecka (kto będzie się nim opiekował, gdy sami rodzice nie będą w stanie zapewnić tej opieki). Te obawy przede wszystkim wyrażają matki chorych dzieci, ale ich uwagę przykuwają także relacje ze zdrowymi dziećmi, przede wszystkim, czy w przyszłości zdrowe rodzeństwo poczuje się odpowiedzialne za los chorego i zechce przejąć po rodzicach opiekę nad chorym bratem lub siostrą. Ten lęk o przyszłość dziecka, szczególnie gdy już wiadomo, że nigdy nie będzie zdrowe lub pełnosprawne, wiąże się nie tylko z emocjonalnymi reakcjami, ale także nadaje kierunek formom codziennej opieki, aby, na ile to możliwe, zabezpieczyć przyszłość chorego dziecka (rola rodziców w decyzjach dotyczących edukacji, relacji z rówieśnikami). Ale stres rodziców wiąże się również z obserwowaniem cierpienia dziecka („gdy z bólu płyną mu łzy”), czy zmian w stanie zdrowia i towarzyszącej tym zmianom niepewności – czy lub kiedy należy wezwać lekarza, a także obecności przy dziecku w czasie hospitalizacji za cenę rezygnacji z własnego życia (wyrażane nawet w tak banalnym stwierdzeniu, że „porzuca się własne wygodne łóżko”, aby tylko być z dzieckiem). Emocje wyrażane przez rodziców – głównie przez matki dzieci przewlekle chorych – zmieniają się od gniewu do smutku. Clements i współautorzy (1990) pokazali, że 30% z 30 przebadanych rodzin opiekujących się przewlekle chorym dzieckiem okazało się rodzinami, w których matki narzucały wzory zachowań całej rodzinie. Matki chorych dzieci obawiają się o przetrwanie (przeżycie) rodziny; opieka zmusza je do rezygnacji z aktywności zawodowej, towarzyszy im niepewność i obawa o przyszłość, poczucie odpowiedzialności za los chorego dziecka, ale i o los zdrowych dzieci; konsekwencją takiej sytuacji rodziny może być także izolacja społeczna na skutek utraty wielu relacji społecznych. Interesujące badanie dotyczące decyzji o ewentualnym oddaniu w przyszłości dziecka niepełnosprawnego (kiedy jego stopień niesamodzielności nie pozwoli na podjęcie różnych ról życiowych) w ręce

mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanego ośrodka opiekuńczego, przeprowadziła Sara E. Green (2004). Opierając się na własnych osobistych doświadczeniach, jako matki nastolatki z porażeniem mózgowym, nawiązała kontakt z 91 rodzicami dzieci niepełnosprawnych, wymagających codziennej pomocy w co najmniej trzech czynnościach związanych z zapewnieniem podstawowych potrzeb życiowych według skali Activity of Daily Living. Z uwagi na małą liczebność ojców (tylko dziesięciu), wyniki zostały opracowane w odniesieniu do 81 kobiet, opiekujących się dzieckiem niepełnosprawnym. Podstawowe pytanie dotyczyło obaw o stygmatyzację dziecka (w odwołaniu do *Piętna* Goffmana z 1963 roku) w kontaktach ze światem zewnętrznym – i ewentualnych decyzji z tym związanych o oddaniu dziecka do instytucji opiekuńczej. Green ukazała dylematy związane z koniecznością realistycznej oceny sytuacji, czyli na ile niepełnosprawne dziecko jest w stanie „poruszać się” w świecie, w którym dominują zdrowi rówieśnicy, i na jakie stygmatyzujące postawy może być narażone, oraz pod jakimi warunkami matki podjęłyby w przyszłości decyzje o umieszczeniu dziecka w ośrodku opiekuńczym. Blisko połowa matek (49%) nie rozważała takiej możliwości w odniesieniu do przyszłości dziecka, 38% uznało, że mogłoby podjąć taką decyzję, gdyby umieszczenie dziecka w ośrodku opiekuńczym przyniosło mu lepsze możliwości zrealizowania potrzeb życiowych. Wiek niepełnosprawnych dzieci warunkował wyobrażenia matek o możliwej stygmatyzacji dziecka w przyszłości, ale równocześnie był najsilniejszym predyktorem ewentualnej decyzji o umieszczeniu dziecka w ośrodku opiekuńczym. Badanie to pokazało również zróżnicowanie ewentualnych decyzji w zależności od uwarunkowań społecznych opiekunów – starsze matki z rodzin o niskim dochodzie i krótką historią zamieszkania na danym terenie, posiadające dzieci z wysokim stopniem niepełnosprawności częściej wyrażały gotowość umieszczenia dziecka w ośrodku opiekuńczym (Green 2004).

Rodzice dzieci chorujących na mukowiscydozę, chorobę atakującą układ oddechowy i przewód pokarmowy, z racji działań opiekuńczych, mających na celu permanentne przestrzeganie reżimu leczenia, sami na skutek choroby dziecka, a czasami dwójki dzieci, przeżywają poważne stresy i zaburzenia zdrowia psychicznego (najczęściej w postaci objawów depresji) (Wong 2008). Występujący u rodziców stres jest wynikiem nie tylko diagnozy stwierdzającej mukowiscydozę u dziecka, ale także samoobwiniania się rodziców za stan dziecka, z uwagi na genetyczne podłoże choroby. Zwraca się uwagę na strategie pokonywania stresu przez rodziców chorych dzieci, dowodząc, że rodzice, którzy uporali się z zadawaniem sobie takich pytań jak „pytam siebie stale i stale, dlaczego mnie to spotkało”, lepiej radzą sobie z rozwiązaniem codziennych problemów z zabezpieczeniem potrzeb chorego dziecka, a tym samym w pozytywny sposób wpływają na proces przystosowania się samego dziecka do choroby. Zdrowie psychiczne dzieci chorych na mukowiscydozę zależy od wsparcia i nadziei dotyczącej ich przyszłości, wyrażanej na co dzień przez rodziców.

Trudno jednak nie zwrócić uwagi na zjawisko nadopiekuńczości rodziców w stosunku do chorych dzieci (Hullmann *et al.* 2010). Potwierdzona relacja pomiędzy

przystosowaniem się rodziców do choroby dziecka a samoakceptacją swego stanu przez samo dziecko (w wymiarze psychospołecznym i przestrzegania zaleceń leczenia), spowodowała jeszcze wnikliwszą obserwację badaczy zachowań rodziców chorych dzieci, przede wszystkim w odniesieniu do nadopiekuńczości, postrzeganej przez nich podatności dziecka na chorobę oraz stresu związanego z pełnieniem ról rodzicielskich. Istnieją liczne dowody, że nadopiekuńczość ze strony rodziców w stosunku do dziecka chorego przynosi wiele negatywnych konsekwencji dla samego dziecka, przede wszystkim w postaci jego mniejszej autonomii w przyszłości; w ten sposób odbiera się dziecku możliwość samodzielnego decydowania o swoich zachowaniach. Ta nadopiekuńczość oznacza również obawy rodziców związane z postrzeganiem przez nich podatnością dziecka na ryzyko zachorowania na określoną chorobę.

Nadopiekuńczość rodziców może mieć swoje źródło w przeżywanym przez nich stresie związanym z chorobą dziecka – ten stres bywa mocniej odczuwany przez rodziców dziecka z chorobą nowotworową niż przez rodziców dziecka niepełnosprawnego. Konieczność „pilnowania” przez rodziców codziennego reżimu narzuconego przez proces leczenia dziecka (w mukowiscydozie, cukrzycy, astmie) może być również przyczyną napięć i stanowić źródło stresu dla rodziców. W przypadku dzieci chorych nadopiekuńczość rodziców sprowadza się do kontrolowania przez nich wszystkich zachowań dziecka (co je, kiedy śpi, kiedy idzie do toalety), a także planowania i organizowania wszystkich możliwych (ze względu na stan zdrowia) aktywności dziecka.

Fakt zachorowania dziecka na chorobę nowotworową przynosi jego rodzinie poczucie utraty emocjonalnej stabilności, niepewność co do przyszłości, a poszukiwaniu rozwiązań w walce z chorobą towarzyszy silny stres. Niewiele jednak wiadomo, jak choroba nowotworowa dziecka wpływa nie tylko na działania opiekuńcze, podejmowane przez obydwójce rodziców, ale także na ich osobiste życie i dobrostan, tym bardziej że ta właśnie choroba jest zawsze wskazywana jako najbardziej stresujące wydarzenie w życiu całej rodziny, przynoszące poczucie osamotnienia, szczególnie w momencie usłyszenia diagnozy, gdy dotychczasowy sposób codziennego funkcjonowania ulega zmianie i zostaje podporządkowany wymogom terapii. U takich rodzin wzrasta zapotrzebowanie na natychmiastowe wsparcie społeczne – takie oczekiwanie jest wskazywane przez obydwójce rodziców, a gdy je otrzymują, to obydwójce w jednakowym stopniu pozytywnie je odczuwają; niemniej wraz z upływem trwania choroby to wsparcie coraz rzadziej jest okazywane. Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2005) przytacza dane wskazujące na odmienne, w zależności od płci, sposoby przeżywania choroby nowotworowej dziecka przez matkę i ojca, a także na zróżnicowane strategie radzenia sobie z tą stresującą sytuacją życiową. Badania wśród rodzin tajwańskich z dziećmi chorującymi na raka pokazały, że matki tych dzieci doświadczały w wyższym stopniu depresji, napięć, somatyzacji stanów emocjonalnych oraz były częściej niezadowolone ze swego związku małżeńskiego niż ojcowie, a w porównaniu do matek dzieci zdrowych charakteryzowały się niższym ogólnym dobrostanem

(Yeh 2002). Doświadczenia wynikające z choroby nowotworowej własnego dziecka zmieniają się w czasie – rodzic styka się nie tylko z reakcją dziecka na chorobę, ale także musi uporać się z własną reakcją, pomóc swoim pozostałym dzieciom i innym członkom rodziny zrozumieć sytuację wynikającą z choroby nowotworowej. Radzenie sobie z chorobą dziecka przez jego rodzeństwo, a także przez dziadków i pozostałych krewnych warunkuje reakcje rodziców na chorobę dziecka. Badania długofalowe pokazują, że wraz z czasem trwania choroby stres jej towarzyszący znacząco się obniża; w porównaniu do rodziców dzieci zdrowych, u rodziców dzieci chorych jest najwyższy w pierwszym roku trwania choroby.

Czas trwania choroby nowotworowej u dziecka odmiennie wpływa na stres odczuwany przez rodziców: z jednej strony badania dowodzą, że poziom napięcia emocjonalnego i depresji utrzymuje się na niezmiennym poziomie w ciągu całego czasu trwania choroby, z drugiej dane pokazują, że u kobiet po upływie 20 miesięcy od momentu rozpoczęcia leczenia nowotworu u dziecka poziom napięcia znacząco się obniżył w porównaniu do odczuwanego w drugim miesiącu po postawieniu diagnozy. Badania przeprowadzone w rodzinach dzieci z nowotworami w Islandii dowodzą, że dla rodziców najtrudniejszym zadaniem była opieka nad chorym dzieckiem, wymagająca dużego nakładu czasu, oraz dawanie wsparcia emocjonalnego zarówno choremu dziecku, jak i pozostałym dzieciom w rodzinie. Wspieranie emocjonalnie chorego dziecka oraz pozostałych dzieci w rodzinie było odczuwane przez matki jako pochłaniające najwięcej czasu; zwracały one również uwagę na czas poświęcany na organizowanie wszystkich spraw związanych z opieką oraz zapewnieniem zasobów dla całej rodziny. Matki za najtrudniejsze zadanie w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową uznały dawanie emocjonalnego wsparcia dla swoich pozostałych dzieci, rozwiązywanie różnych problemów behawioralnych oraz wsparcie okazywane choremu dziecku. Do innych trudnych zadań związanych z opieką zaliczały organizowanie pomocy dla członków rodziny i planowanie życia rodziny. Również ojcowie chorych dzieci za pochłaniające najwięcej czasu w opiece uznali okazywanie wsparcia emocjonalnego choremu dziecku, a także okazywanie wsparcia pozostałym dzieciom i małżonce lub partnerce. Do innych wymagających czasu aspektów opieki ojcowie zaliczali koordynowanie i organizowanie pomocy medycznej, a także organizowanie pracy poza środowiskiem domowym i organizowanie opieki dla chorego dziecka. Za najtrudniejsze doświadczenie, wynikające z choroby nowotworowej dziecka, ojcowie uznali dostarczanie wsparcia emocjonalnego choremu dziecku i organizowanie pracy poza domem przy równoczesnej opiece nad dzieckiem oraz wspieranie emocjonalne żony/partnerki. Do innych trudnych zadań ojcowie zaliczyli organizowanie opieki i wsparcie emocjonalne dla swoich pozostałych dzieci (Svavarsdóttir 2005).

Studia nad rodziną z dzieckiem upośledzonym umysłowo (Stelter 2006) wskazują, że fakt urodzenia się dziecka z tego typu zaburzeniem staje się dla rodziców znacznie poważniejszym kryzysem niż urodzenie dziecka z chorobą somatyczną, prowadząc do sytuacji, że cała rodzina staje się „chorą”. Rodzice dziecka upośledzo-

nego umysłowo mają poczucie napiętnowania, wynikające z podejrzeń otoczenia, że kalectwo dziecka to „kara za grzechy rodziców”, ale także poczucie krzywdy, będące reakcją na „ślepy, okrutny i niesprawiedliwy los”; według Mrugalskiej odczuwają stałe napięcie wynikające ze zwiększenia obowiązków i wzmożonej uwagi, a także zmęczenie stałym napięciem, odpowiedzialnością, jednostajnością i brakiem perspektyw (Mrugalska za: Stelter 2006). „Świadomość, że pomimo zwiększonej opieki i troski matka dziecka upośledzonego nie zobaczy swojego dziecka jako dorosłego samodzielnego człowieka z własną rodziną” powoduje, że zdaje sobie ona sprawę z faktu, że do końca życia musi się tym dzieckiem opiekować, a sama nie może liczyć na wsparcie i opiekę z jego strony (Stelter 2006; Pałęcka, Szczodry 2011).

Rola rodziny w zapewnieniu opieki osobom w starszym wieku

Cykl życia rodzinnego prowadzący od małżeństwa do wdowieństwa, czy też jeszcze wcześniej do rozwodu sprawia, że rodzina osób starszych utożsamiana jest niejednokrotnie z „syndromem pustego gniazda”. Sieci relacji i wymiany coraz częściej muszą uwzględniać różne konstelacje wynikające z przeobrażeń współczesnej rodziny (rozwody, nowe małżeństwa i nowe rodziny). Tak jak nawet starsi mężczyźni bez zastrzeżeń decydują się na powtórne lub kolejne małżeństwa, tak szczególnie starsze kobiety (owdowiałe lub rozwiedzione) podchodzą z rezerwą do propozycji małżeństwa, właśnie z uwagi na obawy, że będą traktowane jako opiekunki i zmuszone do wykonywania czynności opiekuńczych wobec mężczyzny, którego poślubią. Niektóre badania potwierdzają, że niechęć kobiet do zawierania małżeństw w wieku starszym wiąże się z chęcią uniknięcia ryzyka bycia traktowaną jako „pielęgniarka”, bezpłatnie opiekująca się starszym mężczyzną (Borell, Karlsson 2003).

Według feministycznych poglądów kobiety mają większy wkład w opiekę nad osobami starszymi, co wynika z przypisanych im przez tradycję ról. W rodzinach osób rozwiedzionych matki otrzymują również więcej wsparcia od swych dzieci niż rozwiedzeni ojcowie (Tobiasz-Adamczyk 2011).

W odniesieniu do zadań rodziny w spełnianiu międzypokoleniowych funkcji opiekuńczych powstało wiele modeli, wśród których wielką popularność zdobył model międzygeneracyjnej solidarności stworzony przez Bengtsona i Schradera (1982), oraz model wymiany, wskazujący, jak wydarzenia życiowe wpływają na relacje pomiędzy starszym i młodszym pokoleniem. W modelu Bengtsona (za: Bengtson, Roberts 1991) solidarność pomiędzy młodszym a starszym pokoleniem wynika z częstości bezpośrednich i pośrednich relacji, a także wspólnego dzielenia czasu, okazywania sobie wzajemnie takich uczuć jak serdeczność, wyrozumiałość, zaufanie; wzajemnej pomocy i wsparcia (finansowego, instrumentalnego i emocjonalnego) oraz wymiany zasobów psychospołecznych; a także znaczenia przypisywanego rodzinie i obowiązkom wynikającym z relacji pomiędzy generacjami oraz solidarności struktural-

nej zależnej od miejsca zamieszkania członków rodziny, ich liczby oraz ich zdrowia (Bengtson, Schrader 1982, za: Bengtson, Roberts 1991). Rola rodziny w opiece nad osobami starszymi jest uwarunkowana kulturowo (Rehen 1998); międzykulturowe różnice w postrzeganiu solidarności międzypokoleniowej odzwierciedla odsetek osób starszych zamieszkujących ze swymi dziećmi. Przykładowo w Hiszpanii w latach 90. XX wieku aż 44% osób w wieku powyżej 60 lat zamieszkiwało z jednym ze swych dzieci, podczas gdy w USA odsetek ten wynosił tylko 10% (ibidem).

Model wymiany, rozpatrywany z perspektywy przebiegu poszczególnych faz życia rodzinnego, przedstawia relacje rodzice–dorosłe dzieci. Starsi rodzice często wspierają dorosłe dzieci nie tylko finansowo, ale także opiekując się wnukami. Ze strony dorosłych dzieci opieka nad starszymi rodzicami spełniana jest przede wszystkim przez córki, ale też matki otrzymują więcej opieki i wsparcia od swych dorosłych dzieci niż ojcowie.

Wydłużanie się życia ludzkiego powoduje, że obecnie dzieci mogą spędzać blisko pół wieku ze swoimi rodzicami, co oznacza, że więcej czasu dzielą z rodzicami jako „dorosłe dzieci” niż jako dzieci swoich rodziców (Stein *et al.* 1998). Obowiązki opieki i podtrzymywanie bliskich więzi opartych na okazywaniu pozytywnych uczuć, a także pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych są traktowane jako podstawowa konsekwencja stosunku pokrewieństwa i zachowanie spełniające oczekiwania społeczne. Niewywiązywanie się z tego obowiązku przez długi okres podlegało silnym osądom społecznym (Tobiasz-Adamczyk 2009). Stein (1998) zwraca również uwagę, że postrzeganie opiekowania się starszymi rodzicami jako obowiązku jest wynikiem relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi, kształtowanych przez wiele lat na przestrzeni życia danej rodziny.

Badania przeprowadzone w dwóch pokoleniach dzieci (osoby młode posiadające rodziców w średnim wieku oraz osoby w średnim wieku posiadające starszych rodziców) pokazały, że młodsze dzieci czuły się bardziej odpowiedzialne za opiekę nad rodzicami niż starsze dzieci starszych rodziców (Ward *et al.* 1998).

Przez długi czas uważano, że mocne więzi łączące członków polskich rodzin należących do różnych generacji wynikają z silnego poczucia wzajemnych zobowiązań i odpowiedzialności, które to wzajemne powinności opierają się, według Czekanowskiego (2002), bardziej na uczuciach niż na przepisach prawa i obyczajach, niemniej w ostatnim czasie pojawiają się nowe formy i zasady funkcjonowania relacji międzypokoleniowych.

Poczucie obowiązku wynikające z więzi pokoleniowych oznacza dla osób starszych przyjęcie postawy „bycia do dyspozycji” oraz włączenie się do szerokiego wachlarza codziennego wsparcia udzielanego poszczególnym członkom rodziny (Potoczna 2004). „Bycie dyspozycyjną” wobec potrzeb dorosłych dzieci czy wnuków spoczywa głównie na kobiecie, która z racji wykonywanych ról w rodzinie przejmuje zadania związane z opieką nad wnukami lub pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego swoich dzieci.

Badania przeprowadzone wśród losowo wybranych 412 kobiet i 321 mężczyzn w wieku 65 lat mieszkających w Krakowie pokazały, że zdecydowana większość badanych kobiet (64,8%) przyznała, że dzieci oczekują od nich wsparcia, jakkolwiek nieco większy odsetek mężczyzn (70,1%) potwierdził również te oczekiwania (głównie dotyczące wsparcia finansowego). Najważniejszą formą wsparcia okazała się pomoc finansowa – tylko 32,5% kobiet przyznało, że nie pomaga dzieciom finansowo. Około 25–29% kobiet stale pomagało swoim dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz w opiece nad wnukami, emocjonalnie wspierało swoje dzieci około 50% kobiet; rzadziej wspieranie dotyczyło pomocy w załatwianiu różnych spraw. Okazywanie wsparcia dzieciom motywowano przede wszystkim względami uczuciowymi (47,6%), wskazywano także na świadomość ciężkiej sytuacji, w jakiej znajdują się dzieci (24,0%), wsparcie okazywane dzieciom pojmowano jako powinność rodzicielską (7,9%). Około 30% badanych kobiet przyznawało, że okazywane dzieciom wsparcie stanowi dla nich duże obciążenie, przede wszystkim finansowe. Zdecydowana większość nie postrzegала wsparcia dawanego dzieciom jako ograniczającego ich czas osobisty, a 12,8% kobiet uważało, że nie potrzebuje czasu dla siebie. Przytoczone dane wskazują, że jakkolwiek wspieranie dzieci wiąże się, szczególnie dla kobiet (matek, babć), z szeregiem ograniczeń, to ze względów uczuciowych są w stanie nawet za cenę rezygnacji z własnych potrzeb taką pomoc kontynuować (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004).

Również Aldona Żurek (2004) zwraca uwagę, że koncentracja rodziny na dziecku powoduje, że rodzice widzą potrzebę wspierania dziecka, nawet gdy założy własną rodzinę, i przewidują przede wszystkim pomoc w sprawowaniu opieki nad wnukami (43%), w prowadzeniu gospodarstwa domowego (20%) i w świadczeniach materialnych (34%), a także wspólne zamieszkiwanie z rodzinami swoich dzieci (31%).

Rozważania nad rolą rodziny w życiu osób w wieku starszym zwykle koncentrują się na jej zasobach materialnych i psychospołecznych, które mogą zostać uruchomione dla zapewnienia prawidłowej opieki szczególnie chorym lub niesamodzielnym seniorom (Knurowski *et al.* 2003).

W wieku starszym następuje powrót do środowiska rodzinnego, po okresie spędzania czasu przede wszystkim poza domem (czas poświęcony aktywności zawodowej) oraz związanym z tym okresem „rozdarciem” między obciążeniami wynikającymi z pracy zawodowej a obowiązkami domowymi. W wieku starszym środowisko rodzinne nabiera szczególnego znaczenia z racji wycofywania się z innych konstelacji interakcji społecznych. Jakkolwiek cykl rodziny zakłada, według Gیزی-Poleszczuk (2002), „zmieniające się w czasie preferencje, interesy i możliwości działania, to wiąże się z utożsamianiem również rodzin osób starszych z gospodarstwem domowym, składającym się z domowników zdolnych kontrolować zasoby rodzinnego funkcjonowania” i realizacji określonych potrzeb (okazywania troskliwości i opieki w celu podtrzymania zdrowia i strategii radzenia sobie z chorobami, niepełnosprawnością i ograniczeniami wynikającymi z naturalnego procesu starzenia się), które stają się wspólną potrzebą (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski 2006).

Wiek starszy, charakteryzujący się powrotem osób starszych przede wszystkim do ról rodzinnych, sprawia, że to właśnie rodzina jest utożsamiana z poczuciem bezpieczeństwa, stabilizacji i możliwością samorealizacji. W wyniku pogłębiającego się procesu wyizolowania rodziny od otoczenia i rozpadu więzi sąsiedzkich szczególnego znaczenia nabierają charakter i siła więzi wewnątrzrodzinnych (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004; Tobiasz-Adamczyk 2009).

Piotr Czekanowski, opisując w *Polskiej starości* (2002) źródła otrzymywanej przez osoby starsze pomocy ze strony rodziny, zauważył, że badane osoby starsze wskazywały córki jako najbardziej im pomocne; 62% badanych stanowiły kobiety – uznaje się, że są one bardziej przywiązane do córek i czują się mniej skrzępowane, poddając się czynnościom pielęgnacyjnym i opiekuńczym ze strony osób tej samej płci. Ponadto córki, prowadząc własne gospodarstwa domowe i wychowując dzieci, były według ich matek lepiej przygotowane do tej funkcji.

Powstała w ostatnich dekadach XX wieku tendencja do deinstytucjonalizacji opieki medycznej poprzez wyprowadzenie czynności opiekuńczych z instytucji spowodowała, że rodziny chorych muszą uporać się z organizacją i wymogami tej opieki. Współczesne technologie zmieniły zasady i możliwości sprawowania opieki nad osobą przewlekle chorą w środowisku domowym. Rodziny chorych na choroby psychiczne (np. schizofrenię), a także chorych z chorobą Alzheimera w szczególny sposób doświadczają konsekwencji codziennej obecności tych chorych w domu. Wiele uwagi poświęca się obecności w rodzinie chorego z chorobą nowotworową, będącego w trakcie leczenia lub rekonwalescencji, a także procesowi towarzyszenia przez rodzinę choremu będącemu w stadium terminalnym.

Esther Sales wymienia te uwarunkowania związane z obecnością w rodzinie osoby przewlekle chorej, które znacząco mogą wpływać zarówno na kondycję fizyczną, jak i – przede wszystkim – psychiczną opiekunek/opiekunów domowych, szczególnie w sytuacji długoterminowości opieki, z minimalną nadzieją na poprawę stanu zdrowia chorego, a w wielu przypadkach całkowitą pewnością, że stan zdrowia będzie się pogarszał. W konsekwencji takiej sytuacji rola opiekunki/opiekuna jest przypisana na stałe, ale wiąże się z niepewnością co do przyszłości – na ile i kiedy stan zdrowia osoby, którą się opiekują, tak się pogorszy, że doprowadzi do śmierci, jakkolwiek właśnie dzięki skutecznej opiece „odroczenie śmierci” może trwać bliżej nieokreślony czas.

Pełnienie stałej roli związanej ze świadczeniem opieki w sytuacji stale pojawiających się nowych zadań, ale także niepewności i stresu, wymaga od opiekunki/opiekuna pokonywania fizycznych i emocjonalnych wyzwań, tym bardziej że przykładowo w chorobach psychicznych czy też w chorobie Alzheimera objawy chorobowe manifestowane są przez chorego przede wszystkim poprzez zaburzenie funkcji poznawczych i behawioralnych, a chorzy ci, z racji zaburzeń w stanie zdrowia, są niezdolni do wzięcia odpowiedzialności za własne życie i samodzielne zorganizowanie codziennego funkcjonowania. Rodzina w takich przypadkach zawsze musi ponosić konsekwencje zarówno działań instrumentalnych na rzecz osoby chorej, jak i konse-

kwencje emocjonalne, wynikające z obserwowania zmian w osobowości bliskiej osoby. Do obiektywnych aspektów opieki, ponoszonych przez rodzinę na rzecz osób chorych psychicznie, zalicza się: bezpośrednie zadania związane z opieką, pomoc chorym w realizacji podstawowych potrzeb życiowych (mycie, ubieranie, pójście do toalety, przygotowanie i spożywanie posiłku), kierowanie zachowaniami chorego; natomiast do pośrednich zalicza się zrozumienie emocjonalnych potrzeb chorego, wspieranie i dodawanie choremu odwagi. Opieka nad chorym nie pozostaje bez wpływu na inne role życiowe pełnione przez opiekunkę/opiekuna – na rodzinne interakcje, rutynowe czynności związane z życiem rodzinnym, czas wolny, pracę zawodową i zatrudnienie, zdrowie psychiczne i fizyczne, sieć relacji społecznych, relacje z dziećmi i konsekwencje finansowe. Subiektywne obciążenia wiążą się przede wszystkim z osobistą postawą wobec przyjętej roli opiekuna, stresem z tym związanym, stygmatyzacją, martwieniem się, wstydem, poczuciem winy. W przypadku opieki nad chorymi psychicznie opiekunowie rodzinni często doświadczają izolacji społecznej i braku wsparcia (Sales 2003).

Opieka nad osobami zdiagnozowanymi jako chore na raka oznacza w momencie diagnozy udzielanie wsparcia emocjonalnego; w momencie terapii – dzielenie się wsparciem instrumentalnym, emocjonalnym i informacyjnym oraz dzielenie czasu z chorym. Po zakończeniu leczenia ważną rolę odgrywa wsparcie emocjonalne w walce z poczuciem niepewności przyszłości, w walce z lękiem przed wznową choroby lub przerzutami. W sytuacji nawrotu choroby ponownie wymagana jest opieka, wsparcie emocjonalne, a także towarzyszenie w procesie umierania, przygotowywanie się do odejścia chorego. Długoterminowa opieka w środowisku domowym oznacza pracę na trzy zmiany. Diagnoza nowotworowa ma znaczący wpływ na inne osoby w kręgu osoby chorej, wywołuje stres w otoczeniu osoby chorej, a tym samym wpływ na stan zdrowia opiekunów.

Obserwacje starszych wiekiem opiekunek/opiekunów swoich starszych mężów/żon pokazują, że: opiekunowie o niższym statusie społeczno-ekonomicznym uskarżają się na gorsze zdrowie i więcej trudności w sprawowaniu opieki; koszty opieki są bardziej odczuwane przez opiekunów o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Konsekwencje społeczne sprawowania opieki oznaczają dla opiekunki/opiekuna ograniczenie kontaktów społecznych, izolację społeczną, utratę „wolnego czasu dla siebie”, rezygnację z zainteresowań, konieczność rezygnacji z pracy zawodowej; dualizm ról – pracę zawodową łączoną z rolą opiekunki/opiekuna, co oznacza dwukrotne obciążenie, zmęczenie, wypalenie zawodowe, przemoc.

Ale zła, nieprofesjonalna opieka przynieść może również negatywne konsekwencje dla chorego w postaci: pogorszenia stanu zdrowia, ryzyka przemocy fizycznej, psychicznej, werbalnej, finansowej, zaniedbań lub porzucenia. Opiekunka/opiekun „wypalona/wypalony”, zmęczona/zmęczony, odmawiająca/odmawiający opieki lub w wyniku opiekowania się uciekająca/uciekający do autodestrukcyjnych zachowań (picie alkoholu, samozaniedbanie) nie gwarantuje należytej opieki.

Badania nad opiekunami rodzinnymi osób po wylewach pokazują psychospołeczne konsekwencje, jakie ich dotykają: zły stan zdrowia psychicznego, zaburzenia życia

społecznego, poczucie izolacji i wyłączenia, niezadowolenie z życia w wyniku ograniczeń w aktywności społecznej, problemy związane z emocjonalnymi reakcjami, snem, stałym napięciem.

Często tłumaczy się, że przemoc członków rodziny wobec osoby starszej jest wynikiem przeciążenia funkcjami opiekuńczymi i związanego z tym wypalenia. Według Czekanowskiego (2006) 25% opiekunów rodzinnych osób starszych miało trudności ze znalezieniem w razie potrzeby czasowego zastępstwa w sprawowaniu opieki.

Barbara Woźniak i Monika Brzyska (2009), cytując dane sondażowe CBOS (2005), ukazują, że 10% osób powyżej 65. roku życia potwierdziło występowanie w swoich rodzinach kłótni, sprzeczek i awantur kilka razy w miesiącu lub częściej. Przemoc werbalną ze strony partnera/partnerki zgłaszało 24% starszych kobiet i 22% starszych mężczyzn. Również inne badania przeprowadzone w Polsce w pierwszej dekadzie XXI wieku potwierdzają występowanie zjawiska przemocy ze strony członków rodziny wobec osób starszych. Z badań przeprowadzonych przez Twardowską-Rajewską i współpracowników (2005) (za: Woźniak, Brzyska 2009) wynika, że wśród ofiar przemocy przeważały kobiety około 70. roku życia, mające bardzo niskie emerytury, których rodziny składały się często z osób dotkniętych alkoholizmem, bezrobociem, ubóstwem i niepełnosprawnością.

Z badań przeprowadzonych wśród starszych wiekiem mieszkańców Krakowa wynika, że 26% mężczyzn i nieco więcej, bo 29,9% kobiet potwierdziło, że w ich najbliższym otoczeniu są osoby starsze zaniedbywane przez swoje rodziny, natomiast 16% badanych mężczyzn i 13,6% kobiet uznało siebie za osoby zaniedbywane przez swoje rodziny. Ustosunkowując się ogólnie do zjawiska zaniedbywania przez rodziny swoich starszych wiekiem członków, badani uznali za przejaw zaniedbania brak czasu dla osób starszych (73,4% mężczyzn i 78,5% kobiet), niedostrzeganie potrzeb emocjonalnych osób starszych (73% mężczyzn i 74% kobiet), brak wsparcia instrumentalnego w czynnościach dnia codziennego, przykładowo utrzymania higieny osobistej i mieszkania, szczególnie wtedy, gdy osoby starsze mają trudności w wykonywaniu tych czynności (62,4% mężczyzn i 65,7% kobiet). Podkreślić należy, że poczucie zaniedbania przez własne rodziny występowało w znamiennej wyższym stopniu u badanych zamieszkujących albo tylko z mężem, a także z innym członkiem rodziny, albo również u tych, którzy nie widywali codziennie innych osób poza członkami rodziny (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2009).

Podsumowanie

Długofalowe świadczenie opieki na rzecz osoby bliskiej (dziecka, męża/żony, rodziców czy innego bliskiego krewnego) nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia fizycznego, ale przede wszystkim psychicznego osoby udzielającej pomocy – głównie kobiety z racji sfeminizowania funkcji opiekuńczych. Świadczenie opieki rozpatry-

wane jest z punktu widzenia obciążeń wynikających z obiektywnych wymagań, a także wysiłku wkładanego w opiekę i towarzyszącego mu stresu (Hunt 2003). Pełnienie roli związanej ze świadczeniem opieki jest rozpatrywane zarówno z perspektywy negatywnych konsekwencji (częściej), jak i pozytywnych (zdarza się to rzadziej) aspektów sprawowania opieki i dawania wsparcia, czyli satysfakcji z tej formy aktywności i budowania na tej podstawie poczucia własnej wartości. Wreszcie proces opiekowania się bliskim krewnym w chorobie lub w okresie starości bywa odnoszony do obiektywnych i subiektywnych obciążeń, które to obciążenia w stosunku do opiekunki/opiekuna mogą być określane mianem opresji lub udręki. Obciążenia narzucone przez proces opiekowania się niejednokrotnie bowiem pozostają w sprzeczności z możliwością realizacji własnych potrzeb osoby świadczącej tą opiekę, a obowiązki te postrzegane są jako źródło stresu. Obciążenia te mają swój wymiar subiektywny, mogą być w odmienny sposób postrzegane przez różne osoby włączone w rolę opiekunkę, a pozytywne lub negatywne odczucia towarzyszące tej aktywności zależą od indywidualnych doświadczeń oraz relacji lub związków uczuciowych łączących opiekunkę/opiekuna z osobą, którą się opiekuje. Koncepcja opiekowania się jako „hassles” (uciążliwość) jest rozważana w powiązaniu z koncepcją „*uplifts*” (podnoszenia na duchu) (ibidem). W przypadku położenia nacisku na „uciążliwość” opieka jest ujmowana w kategoriach wydarzeń ocenianych jako zagrażające dobrostanowi opiekunki/opiekuna lub dręczących i wywołujących zmartwienie wydarzeń życiowych. Skumulowanie się takich negatywnych doświadczeń może pociągać za sobą poważne konsekwencje w postaci utrzymującego się stresu. Wpływ obciążeń związanych z udzielaniem stałej opieki na osobę takiej opieki udzielającą przyrównywany jest do poczucia trudności w pełnieniu roli opiekunki/opiekuna. Stres związany z pełnieniem tej roli, w wymiarze obiektywnym i subiektywnym (subiektywna percepcja tej roli), jest wynikiem kognitywnego zaburzenia równowagi pomiędzy postrzeganą naturą wymaganego zadania związanego z opieką a postrzeganą przez opiekunkę/opiekuna własną zdolnością do wykonywania tego zadania. Ale opiekowanie się to także pozytywne doznania – świadomość, że dzięki udzielanej opiece stan zdrowia bliskiej osoby nie ulega zmianie lub się polepsza, co może być źródłem satysfakcji i daje opiekunce/opiekunowi poczucie spełnienia, że oto jest w stanie sprostać wyzwaniom i osiąga sukces. Niejednokrotnie to przecież od opiekunki/opiekuna zależy utrzymanie bliskiej osoby przy życiu; opiekunka lub opiekun, połączeni zwykle silnymi więziami emocjonalnymi z osobą, której udzielają pomocy, ze wszystkich sił pragną, aby jak najdłużej być pomocni w tej opiece. Jedynym rozwiązaniem, jakie można, ale też trzeba zaproponować, jest podjęcie działań wspierających osoby często z pełnym poświęceniem pełniące rolę opiekunów, tak aby obniżyć negatywne aspekty opieki, a wzmocnić zadowolenie z faktu, że wykonuje się coś dobrego dla drugiej osoby.

Według Antoniny Ostrowskiej i współautorów:

W realiach naszego kraju rodzina pełni funkcję kompensacyjną w stosunku do wielu systemów pomocy, wynikłą z ich nieadekwatności do potrzeb osób niepełnosprawnych i słabości organi-

zacyjnych, udaremniających wywiązywanie się z ich podstawowych, statutowych zadań. Pustka, w jakiej tkwią rodziny z osobami niepełnosprawnymi w Polsce sprawia, że coraz częściej próbują one pełnić rolę grup nacisku, walcząc o świadczenia i prawa osób niepełnosprawnych.

Piotr Błędowski, komentując wyniki najnowszego badania polskiego dotyczącego osób starszych (PolSenior 2012), podkreśla, że

potrzeba zapewnienia pomocy osobom starszym o ograniczonej samodzielności, poprzez budowanie systemów wsparcia nie tylko dla samych osób niesamodzielnych, ale także i dla opiekujących się nimi rodzin jest podnoszona od dawna; system ten powinien zawierać nie tylko pomoc finansową, ale przede wszystkim sprzyjać łączeniu funkcji zawodowych i rodzinnych przez opiekunów, oraz zapewnić odpowiednie przygotowanie członków rodziny i opiekunów nieformalnych do pełnienia ich roli. Także w Polsce rodzina jako najważniejszy opiekun osób niesamodzielnych wymaga wsparcia i uznania swej roli (Błędowski 2012).

Przedstawione w artykule różne, często złożone aspekty konsekwencji psychospołecznych obecności w rodzinie chorego lub niepełnosprawnego dziecka, czy też osoby dorosłej lub starszej, wymagających ze względu na stan zdrowia stałej pomocy i opieki w podstawowych czynnościach dnia codziennego, skłaniają do następujących wniosków:

1. Funkcja opiekuńcza w rodzinie w dalszym ciągu spoczywa na barkach kobiet i to one przede wszystkim są zaangażowane w zapewnienie sprawnego funkcjonowania „szpitala w domu”.
2. Pełne zaangażowanie kobiet w funkcje opiekuńcze wobec chorych lub niepełnosprawnych członków rodziny prowadzi do znacznego obciążenia, a czasami wręcz przeciążenia obowiązkami opiekuńczymi, co znacząco może wpływać na ich stan zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego.
3. W sytuacji braku wsparcia i pomocy ze strony najbliższego otoczenia często skutkiem pełnienia przez kobiety funkcji opiekuńczej jest ich całkowite lub znaczne wycofanie z innych ról społecznych i partycypacji w różnych formach aktywności społecznej.
4. Osamotnienie, przeciążenie obowiązkami, stres związany z udzielaniem stałej opieki mogą prowadzić do ryzyka złego traktowania przez opiekunkę osoby wymagającej opieki.
5. Istnieje paląca potrzeba wypracowania nowego modelu wspierania opiekunów domowych, celem zapewnienia dobrej jakości usług opiekuńczych.

Bibliografia

- Bengtson, V., Schrader, S.S. 1982. *Parent-Child Relations*, w: D. Mangen, W. Peterson (red.), *Handbook of Research Instruments in Social Gerontology*. Minneapolis: University of Minnesota Press, s. 115–185.
- Bengtson, V., Roberts, R.E. 1991. *Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction*. „Journal of Marriage and the Family”, nr 53, s. 856–870.

- Błądowski, P. 2012. *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia, s. 449–466.
- Boling, W., Macrina, D.M., Clancy, J.P. 2003. *The Caregiver Quality of Life Cystic Fibrosis (CQOLCF) Scale: Modification and Validation of an Instrument to Measure Quality of Life in Cystic Fibrosis Family Caregivers*. „Quality of Life Research”, nr 12, s. 1119–1126.
- Borell, K., Karlsson, S.G. 2003. *Reconceptualizing Intimacy and Ageing: Living Apart Together*, w: S. Arber Sara, K. Davidson, J. Ginn (red.), *Gender and Ageing. Changing Role and Relationships*. Maidenhead: Open University Press, s. 45–62.
- Calasanti, T. 2003. *Masculinities and Care Work in Old Age*, w: S. Arber Sara, K. Davidson, J. Ginn (red.), *Gender and Ageing. Changing Role and Relationships*. Maidenhead: Open University Press, s. 15–30.
- CBOS. 2005. *Przemoc i konflikty w domu*. Za: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_027_05.PDF (stan z 22.11.2007).
- Clement, G. 1996. *Care, Autonomy, and Justice*. Boulder: Westview Press.
- Clements, D., Copeland, L., Loftus, M. 1990. *Critical Times for Families with a Chronically Ill Child*. „Pediatric Nursing”, nr 16 (2), s. 157–161.
- Coffey, J.S. 2006. *Parenting a Child with Chronic Illness. A Metasynthesis*. „Pediatric Nursing”, nr 32, s. 1.
- Czekanowski, P. 2002. *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: B. Synaka (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 140–172.
- Czekanowski, P. 2006. *Family Carers of Elderly People*, w: B. Bień (red.), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wydawnictwo Trans Humana, s. 85–111.
- Engster, D. 2009. *Rozważania na temat teorii opieki: praktyka i obowiązek opieki*, w: E. Charkiewicz, A. Zachorowska-Mazurkiewicz (red.), *Gender i ekonomia opieki*. Warszawa: Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka, s. 25–60.
- Eyer, D.E. 2003. *Nie ma żadnych dowodów na to, że matki krzywdzą swoje dzieci, decydując się na podjęcie pracy zawodowej poza domem*, w: M.R. Walsh (red.), *Kobiety, mężczyźni i płęć. Debata w toku*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 459–467.
- Giza-Poleszczuk, A. 2002. *Rodzina i system społeczny*, w: M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego – Polska na przełomie XX i XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 272–301.
- Green, S.E. 2004. *The Impact of Stigma on Maternal Attitudes toward Placement of Children with Disabilities in Residential Care Facilities*. „Social Science & Medicine”, nr 59, s. 799–812.
- Hislop, J., Arber, S. 2003. *Sleep as a Social Act: A Window on Gender Roles and Relationships*, w: S. Arber, K. Davidson, J. Ginn (red.), *Gender and Ageing. Changing Role and Relationships*. Maidenhead: Open University Press, s. 186–205.
- Hullmann, S.E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J.L., Fedele, D.A., Rambo, P.L., Chaney, J.M., Mullins, L.L. 2010. *Parental Overprotection, Perceived Child Vulnerability, and Parenting Stress: A Cross-Illness Comparison*. „Journal of Clinical in Medical Settings”, nr 17, s. 357–365.
- Hunt, C.K. 2003. *Concepts in Caregiver Research*. „Journal of Nursing Scholarship”, nr 35, 1, s. 27–32.
- Kittay, E.F. 2001. *A Feminist Public Ethic of Care Meets the New Communitarian Family Policy*. „Ethics”, nr 111, s. 523–547.
- Knuruowski, T., Tobiasz-Adamczyk, B., van Dijk, J.P., van den Heuvel, W.J.A. 2003. *Badania porównawcze nad stanem funkcjonalnym a zapotrzebowaniem na wsparcie społeczne wśród osób starszych w krajach Europy Centralnej*, w: K. Slany, A. Małek, I. Szczepaniak-Wiechy (red.), *I Kongres Demograficzny w Polsce – Systemy wartości a procesy demograficzne*. Kraków: Nomos, s. 283–290.
- Kotlarska-Michalska, A. 2004. *Przemiany rodzinnych ról kobiecych w okresie transformacji ustrojowej*, w: Z. Tyszką (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 93–103.

- Kwak, A. 2005. *Rodzina w dobie przemian. Matężństwo i kohabitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., Rovine, M.A. 1991. *Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being*. „Journal of Gerontology”, nr 46, 4, s. 181–189.
- Leach, P. 2003. *Żłobki i ośrodki opieki dziennej nie odpowiadają potrzebom dzieci*, w: M.R. Walsh (red.), *Kobiety, mężczyźni i płęć. Debata w toku*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 452–458.
- Lowton, K. 2002. *Parents and Partners: Lay Carers' Perceptions of Their Role in the Treatment and Care of Adults with Cystic Fibrosis*. „Journal of Advanced Nursing”, nr 39, 2, s. 174–181.
- Magliano, L., Fiorillo, A., de Rosa, C., Malangone, C., Maj, M. 2005. *Family Burden in Long-Term Diseases: A Comparative Study in Schizophrenia vs. Physical Disorders*. „Social Science & Medicine”, nr 61, s. 313–322.
- Miluska, J. 2008. *Spółeczne obrazy kobiet*, w: eadem, *Obrazy społęczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społęczno-demograficzne i psychologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 54–120.
- Mrugalska, K. 1998. *Rodzice i dzieci*, w: H. Olechnowicz (red.), *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. Warszawa: Nasza Księgarnia, s. 36–45.
- Ostrowska, A., Sikorska, J., Gęciarz, B. 2001. *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Pałęcka, A., Szczodry, H. 2011. *Hipermacierzyństwo – na przykładzie matek osób z niepełnosprawnościami intelektualną*, w: A. Pałęcka, H. Szczodry, M. Warat (red.), *Kobiety w społeczeństwie polskim*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 17–42.
- Potoczna, M. 2004. *Biografie rodzinne respondentów*, w: W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 235–247.
- Rehen, D.S. 1998. *Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts*. „Population and Development Review”, nr 24, 2, s. 203–234.
- Sales, E. 2003. *Family Burden and Quality of Life*. „Quality of Life Research”, nr 12, s. 33–41.
- Stein, C.H., Wemmerus, V., Ward, M., Gaines, M.E., Freeberg, A.L., Jewell, T. 1998. *„Because They're My Parents”: An Intergenerational Study of Felt Obligation and Parental Caregiving*. „Journal of Marriage and the Family”, s. 611–622.
- Stelter, Ż. 2006. *Rodzina z dzieckiem upośledzonym umysłowo*, w: A. Michalska (red.), *Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 254–275.
- Svavarsdóttir, E.K. 2005. *Caring for a Child with Cancer: A Longitudinal Perspective*. „Journal of Advanced Nursing”, nr 50, 2, s. 153–161.
- Szyndler, J.E., Towns, S.J., van Asperen, P.P., McKay, K.O. 2005. *Psychological and Family Functioning and Quality of Life in Adolescents with Cystic Fibrosis*. „Journal of Cystic Fibrosis”, nr 4, s. 135–144.
- Titkow, A. 2007. *Wartości rodzinne: zaplecze, ekspresja, fasada obowiązującego kontraktu płci*, w: eadem, *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 173–220.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2011. *Wybrane elementy stanu zdrowia starszych kobiet*, w: K. Slany, B. Kowalska, M. Ślusarczyk (red.), *Kalejdoskop genderowy. W drodze do poznania płci społęczno-kulturowej w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 179–199.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (red.) 2009. *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P. 2006. *Uwarunkowania rodzinne jako psychospołęczne zasoby jakości życia kobiet na początku wieku starszego*, w: J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź: Uniwersytet Łódzki, s. 119–127.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P., Bajka, J. 2004. *Spółeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Twardowska-Rajewska, J., Rajewska-de Menzer, J. 2005. *Nadużycia wobec seniorów w ich rodzinach*, w: M. Binczycka-Anholcer (red.), *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Warzywoda-Kruszyńska, W. 2004. *Rodzina w procesie zmian*, w: W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 13–21.
- Wilkinson, J. 1987. *The Experience and Expectations of Parents of a Child with Cystic Fibrosis*. „Journal of the Royal Society of Medicine Supplement”, no. 15, vol. 80, s. 7–8.
- Wong, M.G., Heriot, S.A. 2008. *Parents of Children with Cystic Fibrosis: How They Hope, Cope and Despair*. „Child: Care, Health and Development”, nr 34, 3, s. 344–354.
- Woźniak, B., Brzyska, M. 2009. *Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań prowadzonych w Polsce*, w: B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 70–78.
- Woźniak, Z. 2004. *Globalizacja problemów zdrowotnych i starzenia się a rodzina*, w: Z. Tyszka (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 381–408.
- Yeh, C.-H. 2002. *Gender Differences of Parental Distress in Children with Cancer*. „Journal of Advanced Nursing”, nr 38, 6, s. 598–606.
- Żurek, A. 2004. *Wzory, na których opiera się życie rodzinne rodzin miejskich*, w: Z. Tyszka (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 130–139.